**DANE DO UMOWY ZLECENIA**

**Nazwa projektu ..........................................................................................................................**

**Dotyczy Umowy (Nr): .................................................................................................................**

**Okres umowy zlecenia ......................... ilość godzin ............. stawka za godzinę .....................**

**Zakres umowy ............................................................................................................................**

**Pozycja w kosztorysie .................................................................................................................**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DO UMOWY ZLECENIE Z DNIA**

Imię i nazwiskoAdres zamieszkania

**Niniejszym oświadczam, jako Zleceniobiorca tej umowy, że**

1. jestem zatrudniony(a) na podstawie umowy o pracę / umowy zlecenia\* w wymiarze niepełnego (....... etatu) na czas nieokreślony/określony\* od ………….do …………………..zawartej z  **………………..** i podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne (wynagrodzenie brutto) z w/w stosunku pracy jest **niższe / wyższe\*** od kwoty najniższego wynagrodzenia brutto ogłoszonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w bieżącym roku.
2. Prowadzę / nie prowadzę\* działalność gospodarczą.

Umowę tę wykonam / nie wykonam\* w ramach działalności gospodarczej i wystawię fakturę/fakturę VAT.

Jestem osobą prowadzącą działalność gospodarczą, dla której minimalną podstawę wymiaru składek z tytułu działalności stanowi 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia / 30% minimalnego miesięcznego wynagrodzenia (preferencyjna)\*.

1. Jestem emerytem / rencistą \* nr emerytury/ renty **nie.** Znak: .................................. od .........................do............................   
   Na podstawie decyzji wydanej przez /nazwa i adres organu emerytalno-rentowego/ ….…………………………………………..………………………………………………………………………………………………………
2. Posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

□ znaczny stopień niepełnosprawności;  
□ umiarkowany stopień niepełnosprawności;  
□ lekki stopień niepełnosprawności.

1. Jestem/ nie jestem\* studentem w wieku do ukończenia 26 roku życia, nazwa uczelni ......................................,   
   data urodzenia..............nr legitymacji ..........
2. Jestem / nie jestem\* doktorantem.
3. Jestem / nie jestem\* bezrobotny (a), zarejestrowany (a) w Urzędzie Pracy w .............. pod numerem ......, pobieram/nie pobieram\* zasiłek dla bezrobotnych.
4. Przebywam na urlopie wychowawczym od ................. do ............. . **nie dotyczy**
5. Przebywam na urlopie macierzyńskim od .................... do ............. **nie dotyczy**
6. Podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników **Tak** □ **Nie** □

od................Podać numer decyzji o objęciu ubezpieczeniem ...............................................

1. Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym/ obowiązkowym\* ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.
2. Wnoszę / nie wnoszę\* o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu wykonywania niniejszej umowy zlecenia.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuje Zleceniodawcę na piśmie.

Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków.

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniałem(am) zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

\* niepotrzebne skreślić

………...............................................................

data i podpis osoby składającej oświadczenie

**DANE ZLECENIOBIORCY:**

NIP:

PESEL:

NAZWISKO:

IMIONA:

NAZWISKO PANIEŃSKIE:

DATA I MIEJSCE URODZENIA:

OBYWATELSTWO:

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA:

Seria i Nr dowodu**:**

ADRES ZAMIESZKANIA:

MIEJSCOWOŚĆ:

KOD POCZTOWY: POCZTA:

UL.  NR DOMU: NR LOKALU:

WOJEWÓDZTWO: GMINA:

URZĄD SKARBOWY:

NAZWA BANKU:

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

………………….……..................................

**podpis Zleceniobiorcy**

**KARTA INFORMACYJNA O PRZYSŁUGUJĄCYCH PRAWACH W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  
Na podstawie ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE L 119/1) – dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Dolnośląska Federacja Organizacji Pozarządowych   
   z siedzibą przy ul. Hugona Kołłątaja 31/1-2, 50-004 Wrocław, adres e-mail: dfop@dfop.org.pl; telefon: 699 858 391.
2. Pana/Pani dane są przetwarzane w celu wykonania umowy, podstawą ich przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzoru– Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i uzyskane bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim tylko w celu realizacji zadań wynikających z przygotowania i realizacji umowy. Odbiorcami danych mogą być również instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe zgromadzone w celu zawarcia i realizacji umowy, będą przechowywane przez Administratora w czasie jej realizacji oraz przez okres 10 lat czyli w czasie wymaganym przez organy kontrolne Państwa w szczególności ZUS i US.
9. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Przyjmuję do wiadomości:

Wrocław, …………………………..

(data) (czytelny podpis)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Dolnośląskiej Federacji Organizacji Pozarządowych z siedzibą we Wrocławiu (50-004) przy ul. H. Kołłątaja 31/1-2, związane z udziałem w projekcie realizowanym w ramach zadania publicznego pn. Dolnośląski Fundusz Małych Inicjatyw, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) - od rozpoczęcia stosowania.

Mam prawo do wglądu do danych osobowych, ich zmiany i usunięcia oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie.

Zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres Dolnośląskiej Federacji Organizacji Pozarządowych - dfop@dfop.org.pl, spod adresu, którego zgoda dotyczy.

Wrocław, …………………………..

(data) (czytelny podpis)